

ANNEE 1913

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} Cheyna ORLISSE

Née à Grodna (Russie), le 9 juillet 1887

8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA PNEUMONIE

DANS LA SCARLATINE

Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

8

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION : MÉDECINE)

ANNEE 1913

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} Cheyna ORLISSE

Née à Grodna (Russie), le 9 juillet 1887

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA PNEUMONIE

DANS LA SCARLATINE



Président : M. HUTINEL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETERFER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR LABEY

Chirurgien des hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICARD

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR SIREDEY

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

Chirurgien de l'Hôpital Cochin

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Médecin de l'Hôtel-Dieu

M. LE PROFESSEUR PINARD

Accoucheur des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR BEAUJARD

Chef du service de Radiologie de l'Hôpital Bichat

M. LE DOCTEUR APERT

Médecin de l'Hôpital Andral

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Clinique infantile
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Officier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la prési-
dence de notre thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA PNEUMONIE

DANS LA SCARLATINE

INTRODUCTION

C'est une notion tout à fait classique que celle de la rareté des complications pulmonaires dans la scarlatine, comparée à leur fréquence dans la rougeole.

Alors que tous les auteurs ont appelé l'attention sur les lésions de l'arbre laryngo-trachéo-broncho-pulmonaire observées dans cette dernière affection, ils restent à peu près muets quand il s'agit de la scarlatine.

Ceux qui consacrent quelques lignes aux complications thoraciques de la scarlatine considèrent presque tous l'atteinte du poumon comme tout à fait exceptionnelle, tandis que celle de la plèvre ou des voies respiratoires supérieures serait moins rare. La pneumonie, en particulier, semblerait, de l'avis de la plupart des auteurs, la plus rare de ces complications pulmonaires, et fréquemment elle n'est même pas

citée dans les ouvrages classiques au chapitre des complications de la scarlatine.

Nous avons observé dans le service de M. le professeur Hutinel, à l'hôpital des Enfants-Malades, plusieurs cas de pneumonie évoluant au cours de la scarlatine et sur le conseil de ce maître, nous nous sommes proposé de rechercher dans la littérature médicale les cas analogues qui avaient été publiés et de les réunir, pour étudier comment ces deux affections évoluaient simultanément chez un même individu et quel retentissement elles pouvaient avoir l'une sur l'autre.

HISTORIQUE

La littérature médicale n'est pas riche en documents sur les complications pulmonaires de la scarlatine et la plupart des ouvrages classiques ne leur consacrent que quelques lignes, lorsqu'ils ne les passent pas complètement sous silence.

Guillemaut en 1833 dans sa thèse, étudiant une épidémie de scarlatine, signale la fréquence des pleurésies et, accessoirement, rapporte la fréquence constatée à l'autopsie de lésions pulmonaires : engouement ou ramollissement rouge.

Hamilton la même année, dans une monographie sur une épidémie de scarlatine à Édimbourg en 1832, déclare avoir constaté fréquemment à l'autopsie des lésions de pneumonie au premier ou au deuxième degré ; mais d'après lui les lésions n'ont jamais le temps d'évoluer jusqu'à l'hépatisation grise.

Thomas Hiller en 1862, signale la fréquence relative de la pneumonie dans la scarlatine et insiste sur sa gravité.

Brissot dans sa thèse de 1875, s'attache à l'étude des complications pulmonaires de la scarlatine et décrit la pneumonie à forme congestive.

Henoch en 1885 signale un cas de pneumonie compliquant la scarlatine.

Unger en 1886 cite la pneumonie au nombre des complications de la scarlatine maligne, mais la place au dernier rang au point de vue fréquence.

Sanné, en 1891, déclare la pneumonie dans la scarlatine plus fréquente que les bronchites ; il signale son association fréquente avec la pleurésie.

Baginsky dans son traité des maladies infantiles, relate la pneumonie comme une complication fréquente de la néphrite scarlatineuse.

Saint-Paul en 1905 signale la fréquence des complications pulmonaires dans sa statistique de scarlatine et rapporte une observation de pneumonie scarlatineuse.

Teissier et Duvoir en 1909 appellent l'attention sur les pleurésies scarlatineuses, qu'ils considèrent comme bénignes. Simonin d'autre part signale la fréquence à l'autopsie des foyers d'hépatisation pneumonique qui pour eux traduisent la marche de l'infection, des voies respiratoires supérieures vers la plèvre.

Hutinel en 1910 dans une leçon clinique, signalant la fréquence des associations morbides en pathologie infantile, appelle plus particulièrement l'attention sur l'association pneumonie et scarlatine.

ÉTIOLOGIE

Il nous paraît tout d'abord intéressant d'analyser l'opinion des divers auteurs sur la fréquence de la pneumonie dans la scarlatine.

Comme toutes les autres complications pulmonaires, la pneumonie ne se produit dans la scarlatine qu'en vertu d'une dérogation à la règle d'après Sanné. La plupart des classiques même la placent au dernier rang par ordre de fréquence et considèrent comme beaucoup plus fréquentes la bronchite simple, la congestion pulmonaire, la broncho-pneumonie et la pleurésie.

Toutefois, Rilliet et Barthez la considèrent comme un peu plus fréquente que les bronchites et il est d'ailleurs aisé de concevoir que chez l'enfant en particulier, il est souvent difficile en présence d'une phlegmasie pulmonaire de lui attribuer une étiquette nosologique bien définie ou encore de faire le départ de ce qui revient à la plèvre et au poumon.

Plus intéressante nous semble à envisager la question de la fréquence absolue de la pneumonie dans la scarlatine. Il est souvent difficile d'apprécier les statistiques et nous classerons à ce point de vue les

auteurs en deux catégories : 1° ceux qui passent sous silence la pneumonie ; 2° ceux qui l'ont recherchée systématiquement, l'opinion de ces derniers nous paraissant beaucoup plus intéressante à retenir.

Albarel sur 21 cas de scarlatine ne cite pas une pneumonie.

Dumas dans 538 observations recueillies à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1908 ne mentionne pas de pneumonie.

Navarre sur 351 observations ne note pas une pneumonie.

Ces chiffres démontrent non pas la rareté de la pneumonie scarlatineuse, mais seulement ce fait qu'elle était restée insoupçonnée. Et nous pensons que l'on ne peut établir de statistiques basées sur de tels chiffres.

Damain cite la pneumonie au nombre des complications rares.

Pailloz relate accidentellement un cas de pneumonie au cours d'une relation d'épidémie de scarlatine chez des soldats, qui porte sur 19 cas.

Mazeroux dans 78 cas observés pendant une épidémie sévissant à l'hôpital Necker constate l'absence de complications pulmonaires.

Maltrait, sur 415 cas n'observe pas une pneumonie bien qu'il étudie spécialement les complications thoraciques de la scarlatine.

Une statistique de la scarlatine à l'hôpital Bretonneau en 1905 ne mentionne qu'un cas de pneumonie.

Rochely, dont la statistique porte sur 9 années,

étudie spécialement les complications thoraciques de la scarlatine et cite par ordre de fréquence décroissante : la bronchite simple, la congestion pulmonaire et, en dernier lieu, la pneumonie dont il a noté 8 cas seulement.

Josias rapportant 510 observations de scarlatine observées à Trousseau en 1895 cite 4 cas de pneumonie.

Comby sur 500 scarlatines observées à Trousseau en 1896, en rapporte 5 cas.

L. Unger relate 5 pneumonies sur 500 cas de scarlatine.

De ces différents chiffres, on peut conclure que la pneumonie se rencontre dans moins de 10/0 des cas de scarlatine : cette formule nous paraît exprimer assez bien la fréquence absolue de cette affection.

Cependant ces chiffres restent peut-être au-dessous de la réalité, si l'on considère que dans beaucoup de cas, des lésions caractéristiques de pneumonie ont été constatées à l'autopsie de scarlatineux, chez lesquels cliniquement on n'en avait perçu aucun signe, et que dans un certain nombre d'autres cas les phénomènes pneumoniques ont été masqués par des lésions pleurales ; c'est en particulier l'opinion de Teissier qui s'exprime ainsi : « Cette remarque classique que la scarlatine n'offre aucune tendance à se localiser à l'appareil respiratoire est vraie, si l'on prétend ainsi affirmer que rarement l'état du poumon domine la scène ; elle est inexacte si l'on veut dire

que l'appareil pulmonaire est le plus souvent indemne. »

Enfin la pneumonie scarlatineuse sera peut-être trouvée plus fréquente lorsqu'elle sera recherchée systématiquement.

La pneumonie scarlatineuse s'observe également chez l'adulte et chez l'enfant. Elle est naturellement plus fréquente à l'âge de la plus grande fréquence de la scarlatine, c'est-à-dire dans la deuxième enfance, de six à douze ans.

Mais les auteurs s'accordent pour admettre que les complications pulmonaires dans la scarlatine sont d'autant plus fréquentes que les sujets sont moins âgés. Pour Roger, elle sont trente fois plus fréquentes chez l'enfant que chez l'adulte.

Certaines épidémies de scarlatine se compliqueraient plus fréquemment de pneumonie, et Maltrait dit que si la scarlatine n'aime pas le poumon, il est cependant des époques où elle semble lui accorder la préférence.

Cadet de Gassicourt, constatant les résultats différents au point de vue fréquence des complications pulmonaires, de sa statistique et de celle de Trousseau, dit que cela prouve une fois de plus que la physiologie de sa scarlatine est changeante suivant le temps et les épidémies, et qu'avec cette fièvre éruptive il faut être prêt à toutes les surprises.

Faut-il accorder à certaines épidémies de scarlatine une virulence, un génie spécial ? Il nous semble plus logique d'admettre que dans certaines conditions de

milieu, dans le milieu hospitalier spécialement où pullulent les germes d'infection secondaire et où s'associent si souvent chez le même sujet des maladies spécifiques diverses, la scarlatine se complique plus volontiers de pneumonie. L'on a dit du pneumocoque qu'il était un parasite de ville plus que d'hôpital, mais peut-être d'autres microbes produisent-ils chez les scarlatineux l'hépatisation du parenchyme ; et surtout la fréquence à l'hôpital d'affections à affinités thoraciques, telles que la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, qui ont pu précéder la scarlatine dans son évolution, pourrait favoriser la plus grande fréquence des déterminations pulmonaires.

Certaines formes de scarlatine se compliquent plus fréquemment de pneumonie, les formes avec anasarque en particulier ; la plupart des auteurs classiques sont d'accord sur ce point.

Le pneumocoque est le plus souvent en cause dans les pneumonies scarlatineuses, mais l'est-il toujours et exclusivement ? L'on a défendu cette thèse, qui veut que chaque maladie soit due à un agent morbide spécifique qui engendre à lui seul, soit du fait de sa présence, soit de par ses toxines, toutes les manifestations de la maladie en cause, y compris ses multiples complications. Puis est venue la théorie des infections secondaires ou des substitutions microbiennes, pour laquelle les manifestations cliniques d'une maladie déterminée sont de deux ordres : les unes propres, dues à la réaction de l'organisme à un germe spéci-

fique ; les autres secondaires, imputables à des infections surajoutées.

Si l'on admet cette thèse, il est curieux de faire ressortir ce fait, que le pneumocoque, germe habituellement spécifique, est devenu ici germe d'infection secondaire.

Les pneumocoques, hôtes habituels de la cavité buccale, exaltent leur virulence du fait de la diminution de résistance de l'organisme, et gagnent le poumon par voie trachéo-bronchique, ou même par la voie sanguine où ils pénètrent par effraction, à la faveur de l'énanthème scarlatineux qui, en altérant les muqueuses, ouvre la porte à l'infection.

Pour Teissier et Simonin, l'infection pulmonaire est le stade obligatoire initial de toute pleurésie scarlatineuse et, si l'on admet la conception de cet auteur, la pneumonie scarlatineuse serait donc beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a dit, si pour l'apprécier, on ne se base pas uniquement sur ses manifestations cliniques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomique des lésions de la pneumonie scarlatineuse ne nous arrêtera pas longtemps. Ce sont le plus souvent des lésions caractéristiques d'hépatisation pulmonaire aux différents stades. Ces lésions siègent avec une très grande fréquence au sommet du poumon et nous avons à peine besoin de rappeler que cette localisation traduit presque toujours l'évolution de la pneumonie sur un terrain débilité ou affaibli.

Brissot, étudiant les lésions anatomiques dans les complications de la scarlatine, insiste sur ce fait que quel que soit leur siège, reins, articulations, séreuses ou poumon, ces lésions sont le plus souvent des lésions uniquement congestives, mais qui peuvent déterminer des désordres cliniques très graves, hors de proportion avec le caractère et l'intensité de lésions sous-jacentes. Cet auteur n'a constaté que rarement chez ses malades le début et les caractères de la pneumonie franche. La broncho-pneumonie, la plus fréquente des lésions pulmonaires dans la scarlatine, montre bien, dit-il, par sa marche incertaine, sa tendance à envahir et quelquefois à changer

de place, que la scarlatine prédispose peu aux véritables inflammations. Mais les cas de pneumonie eux-mêmes viennent à l'appui de cette affirmation : le foyer pneumonique s'accompagne souvent de phénomènes congestifs étendus à tout le poumon correspondant, avec parfois coexistence dans le même poumon ou dans celui du côté opposé d'un ou de plusieurs foyers d'hépatisation secondaire. Et surtout alors que cliniquement on constatait les signes caractéristiques d'un foyer d'hépatisation, l'autopsie ne permettait de mettre en évidence qu'une forte congestion du parenchyme, sans hépatisation vraie. Ces pneumonies à forme congestive seraient l'apanage de la scarlatine et se traduiraient cliniquement par la mobilité des signes physiques qui se déplaceraient d'un jour à l'autre.

Plusieurs des observations que nous rapportons viennent à l'appui de ces faits, et tendent à établir la fréquence au cours de la scarlatine de pneumonies uniquement congestives.

Enfin, il nous faut rappeler la fréquence des lésions pleurales sur lesquelles Teissier a particulièrement insisté. Ce n'est pas le propre des pneumonies de la scarlatine de s'accompagner avec une fréquence très grande de lésions pleurales, mais ici plus qu'ailleurs l'importance de la lésion pleurale concomitante se détache, surtout si l'on fait remarquer que souvent elle est le phénomène prédominant, au moins cliniquement, et qui doit faire soupçonner d'après Teissier l'existence d'une pneumonie sous-jacente.

ÉTUDE CLINIQUE

Les auteurs classiques qui citent la pneumonie au nombre des complications possibles de la scarlatine s'accordent à déclarer qu'elle constitue une complication tardive de la maladie, survenant à son décours, alors que l'éruption est déjà en voie de régression, ou même en général plus tardivement, à la période de convalescence de la fièvre éruptive. Rilliet et Barthez fixent l'époque d'apparition de la pneumonie du cinquième au trentième jour et Trousseau insiste sur ce fait que les organes thoraciques sont toujours respectés dans la période aiguë de la maladie.

Il n'en est pas toujours ainsi et nous voulons décrire deux formes de pneumonie scarlatineuse :

1° La pneumonie de la convalescence, pneumonie tardive ou pneumonie secondaire, celle connue des auteurs, et qui survient dans le décours d'une scarlatine en train d'évoluer.

2° La pneumonie du début, pneumonie précoce ou associée, comparable au pneumotypus, forme qui n'a pas été décrite par les auteurs, à notre connaissance du moins. Cette forme n'est pas la moins inté-

ressante, tant de par son tableau clinique, que de par son retentissement sur l'évolution de l'infection scarlatineuse.

Elle se présente généralement, en clinique, sous la forme suivante : un enfant est atteint plus ou moins brusquement, en pleine santé apparente, de signes d'infection générale, fièvre avec troubles digestifs, nausées et vomissements, parfois diarrhée, phénomènes de réaction nerveuse, et point de côté abdominal. C'est le tableau classique du début de la pneumonie chez l'enfant ; à l'examen du thorax, on constate à la base ou peut-être plus souvent au sommet les signes physiques classiques traduisant l'existence d'un foyer d'hépatisation, matité, râles fins et souffle. On porte le diagnostic de pneumonie et on est tout surpris, vers le troisième au cinquième jour de l'évolution de la pneumonie, de voir apparaître une éruption, d'abord discrète, qu'un observateur non prévenu pourra même hésiter au début à étiqueter scarlatine. Mais le lendemain ou le surlendemain, le doute n'est plus possible ; c'est bien une scarlatine qui évolue et comme son incubation est habituellement de quatre à cinq jours, il est hors de conteste que les deux infections pneumonique et scarlatineuse ont envahi simultanément l'organisme atteint.

Mais l'incubation de l'infection pneumococcique étant plus brève, le tableau clinique qui l'exprime a tout d'abord dominé la scène, masquant, pour un temps, celui de l'infection scarlatineuse qui ne se manifeste que secondairement.

Dès lors les deux infections vont évoluer parallèlement ; et comme le malade a déjà atteint le quatrième ou le cinquième jour de sa pneumonie, la cause de celle-ci va se juger rapidement, et d'autant plus rapidement qu'on a affaire à un enfant en général et que chez lui le cycle pneumonique à presque toujours une durée plus brève. Dès le deuxième ou le troisième jour de l'éruption scarlatineuse donc, les symptômes pneumoniques s'atténuent en général et passent au deuxième plan et la scarlatine évolue à peu près normalement.

Teissier a décrit, chez les adultes scarlatineux, une forme de pneumonie précoce dont le tableau clinique est différent. C'est, d'après lui, une forme latente, pouvant fréquemment passer inaperçue et qui veut être cherchée.

Par l'examen systématique de l'appareil respiratoire, on peut se rendre compte, d'après cet auteur, qu'au début de la scarlatine peuvent exister des manifestations respiratoires, parfois très légères, se traduisant exceptionnellement par des signes fonctionnels capables d'attirer l'attention, sous forme, le plus souvent, de fluxions œdémateuses des bases du genre de celles qui se rencontrent au début de la fièvre typhoïde. Les malades sont alors dans un état d'adynamie plus ou moins prononcé.

Sans doute le décubitus intervient, dit M. Teissier, pour faciliter les phénomènes de stase ; mais il ne suffit pas à expliquer les signes que l'on constate alors dans une étendue variable et plus ou moins

marqués, à savoir : matité ou submatité, disparition ou affaiblissement des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, crépitations pleurales ou râles crépitants fins, tous phénomènes traduisant l'existence d'une exsudation pleurale surajoutée aux phénomènes de fluxion pulmonaire.

D'après M. Teissier les lésions ont une existence anatomique plus que clinique et constituent une découverte d'autopsie : elles répondent aux lésions de pneumonie congestive que Brissot a décrites. Mais elles ne doivent pas échapper à un examen systématique du thorax, qui est souvent motivé par l'aspect de la courbe thermique. Celle-ci, en effet, ne cède pas comme c'est la règle au lendemain de l'éruption, mais reste élevée, oscillant aux environs de 40.

Cette forme de pneumonie scarlatineuse n'est pas aussi précoce que la précédente : tandis que celle-là se manifestait à la période d'invasion, celle-ci n'apparaît qu'à la période d'éruption. Ici l'infection scarlatineuse semble avoir dominé l'infection pneumonique qui est restée atténuée.

La pneumonie scarlatineuse secondaire ou tardive s'annonce en général de la manière suivante : un scarlatineux à la période de convalescence, souvent apyrétique depuis plusieurs jours, parfois atteint d'une autre complication, en particulier de néphrite avec anasarque fait une ascension thermique plus ou moins marquée.

L'examen physique de l'appareil respiratoire seul permet de faire le diagnostic de pneumonie, car le

début solennel classique de cette affection manque ici presque toujours. Non seulement la pneumonie s'installe insidieusement, mais même lorsqu'elle est constituée, ses symptômes sont moins nombreux et moins tranchés ; sa marche est moins régulière, sa terminaison est rapide lorsqu'elle est fatale, plus lente lorsqu'elle est favorable.

Cette forme est encore anormale par sa localisation ; très souvent, beaucoup plus souvent que la pneumonie du début, elle siège au sommet. Lorsqu'elle siège à la base, elle est remarquable par sa tendance à envahir les deux poumons, offrant alors une grande ressemblance avec la broncho-pneumonie : elle en diffère toutefois par la fixité, l'étendue et la persistance des symptômes pulmonaires, comparés à la rareté et à la faible intensité des symptômes bronchiques.

L'influence catarrhale se retrouve au contraire un peu plus apparente dans les symptômes généraux : fièvre à tendance rémittente, sueurs abondantes, dyspnée marquée, absence de point de côté et d'expectoration.

PRONOSTIC

Le pronostic de la pneumonie scarlatineuse est à considérer sous deux aspects ; il faut envisager en effet : 1° son pronostic propre ; 2° son rôle en tant que facteur de gravité dans le pronostic de la scarlatine.

Le pronostic propre de la pneumonie scarlatineuse est très mauvais. Bénigne chez l'enfant bien portant malgré une expression clinique souvent alarmante, la pneumonie devient grave en même temps que son tableau clinique se fait plus torpide chez l'enfant malade et en particulier chez le scarlatineux. Elle est particulièrement grave chez les sujets déjà débilisés par une maladie antérieure à la scarlatine ou lorsqu'elle s'associe à une autre complication, l'anasarque en particulier.

Pour citer quelques chiffres, nous dirons que Hans rapporte 7 morts sur 12 cas, Rochely 3 sur 8, Unger 3 sur 5. Si les auteurs diffèrent d'avis sur la fréquence de la pneumonie scarlatineuse, ils se retrouvent tous unanimes pour exprimer sa gravité. Les statistiques sont parfaitement concordantes sous ce rapport et presque toutes expriment une mortalité de 60 0/0 dans la pneumonie scarlatineuse.

La gravité de cette complication ne semble pas la même à toutes les périodes de la scarlatine et elle serait d'autant plus grave qu'elle survient à une époque plus tardive, la pneumonie précoce étant la moins grave, celle de la convalescence la plus grave.

Nous devons nous demander maintenant quel facteur de gravité représente la pneumonie dans l'évolution ultérieure de l'infection scarlatineuse. Jaccoud soutient cette opinion que la fréquence des accidents respiratoires, au cours de certaines épidémies de scarlatine, est la cause principale de gravité de la maladie. D'après le rapport de Voit, il en aurait été ainsi à Würzburg pendant une période de trente années de 1842 à 1871. De même pour l'épidémie italienne de San-Giorgio Lamellina, en 1868-1869, Penini a noté que dans la plupart des cas de mort on a constaté des complications portant sur l'appareil respiratoire.

Il est indiscutable que la pneumonie survenant chez un scarlatineux constitue un fait nouveau qui augmente les chances de mortalité. Et encore, la pneumonie semble-t-elle moins grave ici que les autres affections pulmonaires parce que, mieux limitée, elle respecte la majeure partie du parenchyme pulmonaire dans son intégrité.

Mais la pneumonie si elle guérit, aggrave-t-elle ultérieurement le pronostic de la scarlatine ou modifie-t-elle son évolution ? Il semble que l'infection scarlatineuse évolue à peu près normalement, mais un fait intéressant à noter est la disparition de l'immunité scarlatineuse après la pneumonie intercurrente.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(In thèse Brissot, 1875.)

Pneumonie. — Scarlatine

B. E..., âgé de vingt ans, entre le 18 janvier 1875 salle Saint-Benjamin, n° 12,

Le soir de l'entrée, la respiration est un peu pénible très fréquente, à type expiratoire ; les joues sont légèrement colorées ; les yeux brillants. Impétigo autour des lèvres.

La percussion fait constater une sonorité un peu moindre du côté gauche de la poitrine, dans l'espace scapulo-rachidien ; dans toute cette région la respiration est soufflante, surtout dans les fortes inspirations ; pas de râles. Le pouls est fréquent, large et fort. Température 40°2.

19 janvier. — Pouls à 140. Respiration 56, à type expiratoire. La nuit a été très agitée. On ne trouve à gauche qu'une respiration bruyante, sans différence de son. Dans la fosse sus-épineuse droite on trouve, avec de la submatité, du souffle et des râles sous-crépitaux. La langue est sèche et saburrale.

20 janvier. — Pouls 120. Respiration 60. Le souffle a aug-

menté ; les râles sont plus nombreux. Température le soir 40° 4.

21 janvier. — Pouls 120. Respiration 46. Les signes restent très accusés au sommet droit, mais ils ont un peu envahi la région moyenne. Température le soir 40° 1.

22 janvier. — La matité et le souffle restent très manifestes dans la moitié supérieure du poumon droit. Dans la fosse sus-épineuse gauche, on constate un peu de souffle aux deux temps et quelques râles sous-crépitaux.

23 janvier. — Pouls 120. Respiration 54. Température le matin 39° 1 ; le soir 40° 1. Tout le corps est couvert d'une éruption scarlatiniforme qui s'arrête au cou. La zone des râles sous-crépitaux s'est étendue. A l'examen de la gorge, on ne constate qu'un peu de rougeur de la luette.

24 janvier. — L'éruption a pris un caractère scarlatineux très net. L'isthme est rouge, tuméfié, ce qui confirme le diagnostic.

25 janvier. — Pouls 144. Respiration 48. L'éruption est peut-être un peu plus foncée qu'hier ; pas de vésicules miliaires. Le souffle persiste sans modifications dans le tiers supérieur du poumon droit. Au cœur, premier bruit un peu prolongé à la base.

26 janvier. — Pouls 128. Respiration 44. L'éruption a pâli considérablement ; la pneumonie du sommet droit est stationnaire ; la toux est sèche et éteinte. Rien au pharynx.

27 janvier. — L'enfant a dans les articulations une raideur assez nette, sans tuméfaction, ni rougeur.

28 janvier. — Pouls 112. Le souffle du sommet droit est un peu moins rude et s'entend moins bas. La langue est un peu

rouge, sèche, ne se dépouille pas ; enduit muqueux à la face supérieure.

29 janvier. — L'éruption a beaucoup pâli ; la desquamation se fait déjà sur les membres inférieurs. Le souffle du sommet droit est plus doux.

30 janvier. — Pouls 116. Respiration 36. Température 38 degrés ; 38° 8 le soir.

31 janvier. — Pouls 104. Respiration 40. Température 37° 2 ; 38° 6 le soir.

1^{er} février. — Température 38° 4-38° 6. Les râles sont plus humides, mais le souffle persiste dans tout le sommet droit.

2 février. — Pouls 120. Température 38° 7-39° 6. Pas de modifications des signes physiques. La voix est un peu cassée.

3 février. — Pouls 144. misérable. Mauvais aspect du malade.

4 février. — Mort à 7 heures du matin.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, 60 grammes de liquide citrin, légèrement trouble. Poumon droit recouvert au sommet et à la base de fausses membranes peu épaisses, mais résistantes. Le lobe supérieur dans toute sa portion postérieure est dense, non crépitant, très friable et tombe au fond de l'eau. A la coupe, le tissu est rouge brun, un peu jaunâtre par places. Deux noyaux accessoires d'hépatisation dans le lobe inférieur droit et dans le poumon gauche.

Rein gauche flasque, très pâle. A la coupe, pyramides légèrement rosées ; substance corticale blanc jaunâtre. Pas de réaction à la teinture d'iode. Lésions moins accusées dans le rein droit.

Rien au cœur, ni au foie.

OBSERVATION II

(In thèse Brissot.)

Scarlatine suivie de pneumonie

S. P..., âgé de neuf ans, entre le 28 décembre 1874, salle Saint-Benjamin, n° 7, pour une hémiparésie choréique du côté droit.

24 janvier. — Depuis quelques jours, l'enfant semble être atteint de coqueluche ; il tousse par quintes, mais sans reprises sifflantes.

La nuit a été mauvaise ; l'enfant est gémissant ; il a vomi pendant toute la journée d'hier. On ne peut obtenir de lui aucun renseignement.

Pouls 128. Langue rose, humide. Ventre souple. Les membres et le tronc sont couverts d'une petite éruption ponctuée. A la base du poumon gauche, sonorité un peu diminuée avec quelques râles sous-crépitaux.

25 janvier. — Température 39°8. Pouls 135. L'éruption d'hier s'est considérablement accrue et a pris l'aspect scarlatineux ; elle a envahi les membres jusqu'à leurs extrémités ; elle est plus faible sur le tronc qu'hier, mais plus marquée aux fesses, et consiste en un pointillé rouge vif très fin.

L'isthme et la luette sont injectés.

26 janvier. — L'éruption a presque entièrement disparu ; cependant aux genoux, aux aines et aux malléoles on retrouve un piqueté scarlatiniforme. La langue est dépouillée.

27 janvier. — Il subsiste à peine quelques traces de l'érup-

tion aux genoux et aux malléoles ; mais les ganglions sous-maxillaires sont gros et douloureux.

29 janvier. — État général satisfaisant , aucune apparence de rhumatisme scarlatineux, mais bruit systolique un peu rude et prolongé à la pointe du cœur.

4 février. — La courbe thermique tend à remonter ; cependant on ne trouve rien du côté de la poitrine ; pas de modifications du bruit systolique de la pointe. Température 40 degrés le soir.

5 février. — Il existe une nouvelle éruption papuleuse qui recouvre le tronc, avec taches très confluentes aux coudes, aux avant-bras et à la partie antérieure des genoux. Tuméfaction des ganglions sous-maxillaires ; rougeur du pourtour de l'isthme.

6 février. — L'éruption a pâli ; quelques vésicules remplies d'un liquide opalin.

7 février. — L'éruption papulo-vésiculeuse s'est étendue aux avant-bras ; la courbe est redescendue à un chiffre normal.

10. — Depuis la deuxième éruption, la courbe était restée stationnaire, mais avant-hier elle s'est élevée brusquement et hier on a constaté au sommet gauche les signes d'une pneumonie : matité, souffle, râles crépitants. Sous la clavicule gauche, le son est plus obscur qu'à droite, sans souffle, ni râles.

11 février. — Pouls 140. Température 39°8. Mêmes signes physiques.

12 février. — Pouls 132. Température 39°5. La pneumonie reste stationnaire ; aspect soufreteux du malade.

14 février. — Pouls 150. Température 40 degrés. Le

souffle du sommet gauche persiste ; mais tout le poumon est envahi par des râles sous-crépitaux. L'enfant est pâle, très affaibli. Ce même jour, il est emmené par les parents.

OBSERVATION III

(In thèse Brissot.)

Coqueluche. — Scarlatine suivie de pleuro-pneumonie

B. A..., âgée de deux ans, entre le 22 février 1875, salle Sainte-Mathilde, lit n° 17.

22 février. — L'enfant a eu dans la journée une quinte de coqueluche assez forte ; elle est apyrétique. Quelques râles aux deux bases pulmonaires.

Rien au cœur.

23 février. — L'enfant a eu sept ou huit quintes de coqueluche depuis hier, d'ailleurs peu intenses ; ulcération du frein de la langue.

23 mars. — Hier l'enfant a été prise de fièvre et déjà ce matin, on constate une teinte érythémateuse généralisée du visage, avec une ponctuation scarlatiniforme sur le tronc. De plus la luette est rouge sans exsudat et la langue présente à la pointe une teinte rouge. Température 41 degrés le soir.

24 mars. — Température 41 degrés le soir. L'éruption scarlatineuse est surtout accusée à la partie postérieure du tronc ; la rougeur de la luette a gagné les piliers et le voile.

25 mars. — Pouls 160. Température 40°2. La rougeur de l'isthme est encore mieux caractérisée : la langue a également

pris une teinte rouge briquetée et s'est complètement dépouillée. Rien au cœur.

26 mars. — Pouls 142. Température 40°3. L'éruption est très confluente, généralisée, d'un rouge intense. Pas de modifications du côté de l'isthme, ni de la langue. La coqueluche reste stationnaire.

27 mars. — Température très élevée le soir. On constate au voisinage du mamelon gauche des râles nombreux ayant un certain éclat, en même temps qu'un peu de rudesse de la respiration.

29 mars. — Température 40°7 le soir. L'éruption a considérablement pâli, mais graduellement. Les quintes de coqueluche n'ont diminué ni de nombre, ni d'intensité.

30 mars. — Température toujours très élevée avec rémission matinale d'un degré seulement. L'éruption a presque entièrement disparu ; mais on trouve de la submatité de presque toute la moitié inférieure du poumon gauche, avec souffle bien caractérisé, râles éclatants et retentissement du cri.

31 mars. — Pouls 156. Température 40°5 le soir. Pommette droite très colorée ; le souffle a augmenté d'intensité.

1^{er} avril. — Le souffle persiste, mais un peu obscurci à la base, ce qui indique un léger épanchement.

2 avril. — Le souffle s'est étendu et est perçu jusque dans la fosse sous-épineuse ; les râles sont nombreux, éclatants ; à la base, la matité a augmenté et le souffle est peut-être encore plus lointain qu'hier.

3 avril. — Pas de modification.

4 avril. — L'enfant est retiré par ses parents.

OBSERVATION IV

(West, in *Jahrbuch für Kinderkrankheiten.*)

*Rougeole. — Scarlatine. — Rechute de la scarlatine
suivie de pneumonie*

Une petite fille de trois ans et demi après une rougeole datant de huit jours fut prise de scarlatine avec mal de gorge, diarrhée, épistaxis (la contagion s'était faite par la sœur de la malade).

Rechute: le trente-sixième jour se produisit une rechute caractérisée par de l'angine et un exanthème type ; nouvelle desquamation.

Mort dans la suite, par pneumonie survenue au cours de la rechute.

OBSERVATION V

(Loewin, in *Journal für Kinderkrankheiten.*)

Scarlatine. — Pneumonie. — Rechute de scarlatine

8 avril 1849. — Une fillette de neuf ans fut prise de fièvre intense, d'angine et de pneumonie. Au troisième jour apparaissait une éruption uniforme de scarlatine qui disparaît après quelques jours à la suite d'une saignée faite pour arrêter l'évolution de la pneumonie qui dura sept jours.

Pendant la convalescence apparaît une légère desquamation.

Six semaines après, le 22 mai, l'enfant fut prise d'une rechute de scarlatine.

Éruption généralisée très foncée, fièvre intense, tuméfaction des ganglions du cou. Malgré l'apparition de phénomènes de congestion cérébrale, l'enfant survit. Desquamation nouvelle et guérison après une longue convalescence.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Scarlatine — Pneumonie. — Pleurésie interlobaire

R. S., âgée de trois ans et demi est entrée dans le service de M. le Professeur Hutinel le 23 juin 1913.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, mère bien portante, a deux autres enfants, dix ans et six ans. Jamais de fausses couches.

Antécédents personnels. — Née à terme. Poids 3.100 gr.

Élevée au biberon, une dent à sept mois, marche à quinze mois. N'a jamais été malade, mais se plaint souvent de mal de tête.

19 juin. — L'enfant s'est plaint de la tête et du ventre.

21 juin. — L'éruption apparaît.

22 juin. — Dans l'après-midi l'enfant se plaint de mal de gorge.

Elle respire mal et difficilement, a des nausées et, devant l'aggravation de l'état général, on se décide à l'envoyer à l'hôpital.

24 juin. — A l'examen, on trouve : les amygdales grosses, rouges, couvertes d'un enduit pultacé avec de petites ulcé-

rations ; le voile et les piliers sont rouges ; dans le cavum rétro-pharyngien, présence de mucosités grisâtres.

La langue est blanche au centre, papilles saillantes dans la zone rouge périphérique.

Coryza.

Augmentation du volume des ganglions sous-maxillaires, inguinaux et axillaires.

Éruption intense, normale et généralisée ; en même temps on note la présence d'un érythème polymorphe. Vésicules d'herpès au niveau de la commissure labiale gauche.

A l'auscultation du cœur, on trouve de l'embryocardie.
Pouls 170.

Pression artérielle 8. Ligne blanche.

A l'examen de l'appareil respiratoire, on trouve au niveau du sommet gauche tous les signes d'une pneumonie : matité, souffle tubaire, râles crépitants.

Légère albuminurie.

Foie et rate augmentés de volume. Température 40°2.

25 juin. — État général peu amélioré. Respiration 50.
Pouls 144. Pression artérielle 8. Température 39°-39°4.
Cyanose du thorax et des extrémités.

26 juin. — Ligne blanche. Embryocardie. Pouls 130, filant.
Respiration 45 ; température 38°4-39°6. Gorge rouge, avec amydales grosses, rouges, couvertes d'un enduit pultacé par places et ulcérations.

Poumon plutôt un peu plus perméable.

27 juin. — Respiration 46 ; température 38°4-40. Pouls 138, mal frappé. État général un peu meilleur. Embryocardie.

30 juin. — Pression artérielle 11 ; température 38°8.

Peu de modifications pulmonaires.

1^{er} juillet. — La gorge est nettoyée.

2 juillet. — Infection de la bouche. Haleine fétide. Fissures des lèvres.

Otite gauche. Température 38°8-39°6. A l'auscultation du poumon gauche, on note une matité suspendue, avec frottements pleuraux ; on soupçonne une pleurésie interlobaire. La ponction exploratrice ramène un liquide purulent qui contient du streptocoque.

7 juillet. — Otite double.

8 juillet. — Résection costale, empyème. Mort le même jour.

Autopsie. — Poumon droit normal, 130 grammes.

Poumon gauche très adhérent, surtout à droite. Au niveau de la scissure interlobaire, on trouve une poche remplie de pus, remontant jusqu'à la deuxième côte, descendant jusqu'au diaphragme et limitée en arrière par la gouttière vertébrale.

Poids : 185 grammes.

A la base, on trouve une caverne remplie de pus gangreneux très épais. Petits abcès disséminés.

Le tissu pulmonaire est excessivement dur à la coupe ; il est hépatisé et plonge dans l'eau.

Pas de liquide dans le péricarde, le cœur refoulé dépasse la ligne médiane.

Foie, gras	490 grammes
Rate normale	75 —
Rein	45 —

OBSERVATION VII

(Thèse Girard)

Scarlatine. — Pneumonie.

Enfant de six ans, pendant la convalescence d'une scarlatine bénigne, fait, au trente-septième jour, une pneumonie franche aiguë avec angine herpétique ; quatre vésicules sur l'amygdale gauche ; à l'occasion de cette maladie intercurrente, qui dure sept jours, apparition d'une albuminurie assez notable qui persiste une quinzaine de jours.

OBSERVATION VIII

(Guéneau de Mussy : *Gaz. des hôp.*, 1871.)

Scarlatine. — Pneumonie

Jeune homme de vingt-neuf ans, a été soigné à l'âge de vingt-trois ans pour un engorgement chronique du sommet droit, consécutif à une pneumonie, qui n'avait pas marché franchement. Un peu d'obscurité relative du son, de faiblesse du bruit respiratoire et d'expiration exagérée étaient les seules traces de cette affection.

La scarlatine débuta par une syncope, des vomissements et un sentiment très douloureux dans la gorge.

Pouls : 130 à 140 par minute.

Toute la voie buccale, l'isthme du gosier, le pharynx étaient tapissés par un exsudat pultacé.

Le lendemain, l'éruption était franchement dessinée.

Le deuxième jour de l'éruption, sans cause appréciable, il sent un point de côté à droite, toussé, expectore des crachats rouillés; l'éruption avait à peu près disparu. De la matité, du souffle et du râle crépitant sous la clavicle droite.

Le lendemain, l'éruption est de nouveau accentuée; la congestion pulmonaire avait diminué; elle avait disparu le jour suivant, sixième de la maladie, cinquième de l'éruption et la maladie semblait entrée dans une phase d'évolution régulière; le septième jour la fièvre était tombée et l'injection tégumentaire avait à peu près disparu. Le soir, il était sans fièvre; les accidents pulmonaires avaient complètement cessé. Il se plaignait uniquement d'un sentiment de courbature, de lassitude et n'éprouvait aucune douleur de tête.

A une heure du matin, il avait été pris d'agitation et de délire. A quatre heures, il était à l'agonie et expira au bout de quelques minutes.

OBSERVATION IX

(Simonin)

Scarlatine de moyenne intensité. — Pneumonie du sommet droit. — Pleurésie purulente à pneumocoques.

U. A..., vingt-deux ans, maçon, jeune soldat est un homme robuste n'ayant aucun antécédent héréditaire. Il a eu la rou-

geole à l'âge de quatre ans, et depuis a toujours joui d'une bonne santé.

2 février 1902. — Début d'une angine aiguë suivie le lendemain d'une éruption classique de scarlatine, qui provoque son entrée à l'hôpital du Val-de-Grâce.

6 février, cinquième jour. — Diarrhée séreuse. Température 38 degrés. Extinction de la voix ; douleur à la déglutition.

10 février. — Début de la desquamation aux mains et aux pieds ; aphonie et dysphagie persistante.

Le mucus pharyngien ensemencé donne une culture pure de streptocoques.

17 février (seizième jour). — Apyrexie qui dure quatre jours. Pouls 80. Pas d'albuminurie.

21 février (vingtième jour). — Seconde poussée érythémateuse. Réaction ganglionnaire cervicale bilatérale. Desquamation persistante. Température 39-39°2.

26 février (vingt-cinquième jour). — Vomissements bilieux, diarrhée, nuage d'albumine. Température 39 degrés.

27 février (vingt-sixième jour). — Point de côté sous le mamelon gauche exagéré par la toux. Respiration rude en arrière dans la fosse sus-épineuse, submatité, pas de bruits anormaux, crachats purulents riches en pneumocoques ; la température en plateau autour de 39 degrés se prolonge sans rémission pendant quatre jours. Pouls de 100 à 110.

1^{er} mars (vingt-huitième jour). — Matité et souffle tubaire au sommet droit dans le creux sous-claviculaire, râles crépitants. État infectieux ; langue rôtie, trémulante, teinte subictérique. Respiration 32. Crachats muco-purulents abondants.

5 mars (trente-deuxième jour). — État général mauvais,

malgré une chute de la température à 38 degrés. Adynamie; soubresauts tendineux; délire.

Subictère prononcé. Battement des ailes du nez. Point de côté violent à droite. Toux incessante et douloureuse; crachats purulents. Persistance de la matité et du souffle au sommet droit.

6 mars (trente-troisième jour). — Souffle et gros râles humides dans le tiers supérieur du poumon droit, dans la fosse sus-épineuse et le creux sous-claviculaire.

Matité dans toute la hauteur du poumon droit, silence respiratoire dans la moitié inférieure de l'hémithorax droit. Rythme cardiaque embryocardique; langue rôtie; obnubilation complète; température 37°5, diarrhée, assez fort nuage d'albumine.

7 mars (trente-quatrième jour). — Collapsus général; cyanose. Mort.

Nécropsie. — La cavité pleurale droite contient 1 lit. 1/2 de liquide séro-purulent de couleur verdâtre. L'examen microscopique y décèle le pneumocoque encapsulé et d'abondants polynucléaires normaux ou désintégrés. Le lobe supérieur droit est le siège d'une hépatisation grise massive et constitue un vrai bloc purulent. Dans les lobes moyen et inférieur, ainsi que dans le lobe supérieur gauche, on note quelques noyaux broncho-pneumoniques à la période d'engouement pulmonaire.

Cœur et péricarde sains en apparence.

Foie très gros (2.500 gr.), friable, mou.

Rate volumineuse et diffluente.

OBSERVATION X

(Hutinel)

Pneumonie, scarlatine. — Pleurésie à streptocoques
Rechute de la scarlatine

Une fillette de douze ans est entrée dans le service le 30 août 1909. Née de parents sains, elle est très bien portante jusqu'à l'âge de huit ans, époque où elle aurait présenté une bronchite.

25 août. — En pleine santé, elle fut prise d'une ascension de température brusque et élevée, escortée d'une gêne respiratoire notable et d'un point de côté fort douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. L'intensité du point douloureux abdominal et son siège firent croire à l'existence d'une appendicite ; elle fut dirigée sur un service de chirurgie. Là, en raison de l'élévation thermique exagérée et de cette dyspnée accentuée, on s'abstint de toute intervention et on la renvoya dans le service de M. le professeur Hutinel.

Un examen des plus attentifs fit découvrir une pneumonie des plus nettes, des plus franches, s'alliant à un point de côté appendiculaire. La pneumonie siégeait du côté gauche, ainsi qu'en témoignaient le souffle tubaire et les râles crépitants de la région.

31 août. — Le lendemain de l'entrée, la température était de 40°6.

1^{er} septembre. — Troisième jour de l'affection pulmonaire, le corps prenait une teinte rouge, qui relevait de la scarla-

tine la plus nettement caractérisée : rougeur du tronc, de l'abdomen, de la face, avec le signe de la gifle scarlatineuse. Le souffle pneumonique persistait.

Normalement la défervescence aurait dû se faire vers le cinquième jour; or ce jour, le thermomètre accusait 39 degrés le soir. Le lendemain et plusieurs jours durant, la température se maintenait autour de 39 degrés. La chute prévue n'avait pu se faire; elle avait été simplement esquissée et n'avait pu s'achever, en raison de cette nouvelle infection, survenue en ce moment.

Dès le cinquième jour, l'état général s'était amélioré : les urines étaient devenues plus abondantes, l'oppression avait subitement diminué. Lentement, les râles et le souffle gauche disparaissaient, la pneumonie se résolvait.

6 septembre. — Alors que s'effectuait la desquamation scarlatineuse de la face, que la température était à 37 degrés, que les deux poumons étaient apparemment normaux, la langue devient blanche et il se déclare une douleur au niveau de l'épaule gauche. Le jour suivant, la douleur se porte au niveau de l'ancien foyer pneumonique.

9 septembre. — La fièvre est complètement tombée, l'examen du poumon gauche révèle une matité de la zone inférieure, un souffle creux expiratoire, une pectoriloquie aphone indubitable.

10 septembre. — Tous les signes d'une pleurésie avec épanchement, sont réunis.

11 septembre. — La température est remontée.

14 septembre. — Une ponction exploratrice est faite; elle retire un pus verdâtre, qui contient des streptocoques.

20 septembre. — Devant l'accentuation des troubles occa-

sionnés par cette pleurésie purulente, qui ne fait que croître, on procède à l'opération de l'empyème après résection costale. Il s'écoule de la plaie un pus mal lié, verdâtre ; en explorant la cavité pleurale, on tombe sur une nouvelle poche pleine de liquide, que l'on ouvre. Il en sort un pus analogue au précédent.

Pendant les jours suivants, on note des oscillations de la température.

Vers la fin d'octobre, la poche pleurale déversait une minime quantité de liquide.

La température était redevenue à peu près normale.

L'empyème était en voie de guérison.

3 novembre, au matin. — Soixante-cinquième jour de la maladie, la température monte brusquement à 39 degrés et quelques dixièmes.

Le soir, une éruption confluyente se manifestait, coïncidant avec une rougeur de la gorge ; c'était une récurrence de scarlatine à efflorescence cutanée très abondante, sans vomissements, sans diarrhée et qui d'ailleurs ne devait pas tarder à s'améliorer.

8 novembre. — Chute de la température.

18 novembre. — La petite malade s'en va chez elle, guérie.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Scarlatine. — Pneumonie

C. A..., âgée de huit ans, est entrée dans le service de M. le professeur Hutinel, le 25 juillet,

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires, ni personnels.

22 juillet. — Elle présente une angine avec exsudat, sans ulcérations ; angine pultacée.

Éruption atypique de scarlatine, respectant les jambes en arrière et les plans d'extension des bras.

A l'auscultation, on note une pneumonie au début du sommet droit.

Souffle tubaire, râles crépitants.

Pas d'albumine dans les urines.

Température 39°8-38°6.

23 juillet. — Température 40°4-40°6.

24 juillet. — Température 40.39 degrés. Pouls : 160. Pression artérielle 8 1/2-9. Diarrhée.

Purpura au niveau des genoux et du cou. Angine pultacée. Nausées.

25 juillet. — Vomissements. Agitation. Délire.

Les signes physiques pulmonaires restent les mêmes. Embryocardie. Constipation. Pression artérielle 10 1/2.

26 juillet. — Éruption persiste. Embryocardie. Congestion pulmonaire droite, petits râles à la base. Ramollissement du foyer pulmonaire.

Skodisme (?) au sommet du poumon gauche, gros râles et frottements à la base gauche. Point de côté.

Le soir l'enfant est retiré par ses parents.

OBSERVATION XII

(Teissier et Duvoir.)

Scarlatine. — Pleuro-pneumonie

S. M..., âgé de vingt ans, entre le 2 avril au pavillon Jenner pour scarlatine.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel.

La scarlatine a débuté le 30 mars par une violente courbature, de la céphalée et une angine assez intense. La température à son entrée à l'hôpital est de 40 degrés.

3 avril. — L'examen montre l'exanthème scarlatineux intense, généralisé ; l'exanthème est également marqué ; la température est de 39 degrés, le pouls régulier à 84. Pression artérielle très diminuée, 8,5.

L'appareil pulmonaire serait indemne à se baser exclusivement sur l'absence de signes fonctionnels ; le malade n'a en effet ni toux, ni dyspnée, ni névralgie intercostale, et cependant il est facile de trouver au niveau des deux bases une zone de submatité avec respiration rude, râles crépitants et sous-crépitanants.

Les dimensions du cœur, les bruits valvulaires sont normaux.

Les urines diminuées de quantité (700 gr.) ne renferment pas d'albumine.

4 avril. — Le malade va mieux, l'éruption a pâli ; l'état général est bon. Les signes pulmonaires s'accroissent tout au moins pour le foyer de fluxion pulmonaire, siégeant à la

base droite. La submatité est devenue de la matité, les râles sont plus nombreux et, d'ailleurs, dès le soir même, la température remonte à 39 degrés et le pouls marque 120.

5 avril. — L'état général est peu satisfaisant ; la température oscille entre 38°4 et 40°4 ; le pouls est rapide et le malade a de la dyspnée. Les signes du poumon droit sont plus marqués : la zone de matité remonte à la pointe de l'omoplate ; dans cette zone le murmure vésiculaire est remplacé par un souffle ; les vibrations thoraciques sont abolies, mais on ne constate pas d'égophonie. La ponction exploratrice ramène un liquide clair, stérile.

6 avril. — Le foyer de congestion pleuro-pulmonaire droit s'étend. Les phénomènes constatés à la base gauche restent aussi limités qu'au début. Traces d'albumine dans les urines ; l'exanthème a disparu.

8 avril. — L'état du poumon est à peu près stationnaire. On note une diminution légère de la zone de matité droite.

10 avril. — La desquamation commence nettement.

11 avril. — La respiration et la sonorité sont redevenues normales à gauche ; à droite la matité reste limitée à la base, le souffle a disparu. On n'observe que le murmure vésiculaire affaibli, les vibrations thoraciques plus faibles et des frottements pleuraux. La température est à 37°5. Pouls 76. Pression artérielle 11,5.

15 avril. — Une deuxième ponction exploratrice reste négative.

11 mai. — Quarante-deuxième jour de la scarlatine. Le malade quitte l'hôpital en très bonne santé.

OBSERVATION XIII

(Teissier et Duvoir.)

Scarlatine ; pleuro-pneumonie.

M. E., âgée de quinze ans, entre à l'hôpital Claude-Bernard le 2 mars 1908. Aucun antécédent digne d'être relevé.

29 février. — A eu une assez forte angine, avec vomissements alimentaires.

1^{er} mars. — Violente céphalée ; mal à la gorge ; fièvre.

2 mars. — Apparition d'un exanthème aux plis de flexion. Le médecin diagnostique une scarlatine et envoie la malade à l'hôpital.

3 mars. — Température 39°4. Scarlatine de moyenne intensité. Le cœur présente un rythme fœtal. Pouls 128. Pression artérielle 17,5. Poumons sains. Pas d'albumine.

9 mars. — Température oscille entre 39-40 degrés ; l'angine s'accroît.

13 mars. — L'angine a disparu, mais la température se maintient élevée. Pouls 112. Pression artérielle 10.

19 mars. — La température remonte sans qu'on puisse trouver une explication à cette ascension thermique.

31 mars. — La température dépasse 40 degrés avec des oscillations de près de 2 degrés. Dyspnée très modérée ; l'exploration du thorax révèle à gauche tous les signes d'un foyer de fluxion pleuro-pulmonaire : matité, abolition du murmure vésiculaire et souffle, qui n'est perçu que par

l'auscultation de la voix (voix soufflée); pas d'égophonie.
Traces d'albumine.

Les jours suivants la situation reste à peu près la même.
Par la ponction exploratrice, on retire un liquide purulent
qui contient des streptocoques.

6 avril. — Septième jour de la découverte des phénomènes pulmonaires. A gauche, dans la région sous-claviculaire, respiration un peu rude et au voisinage du cœur foyer de râles crépitants.

16 avril. — Température normale. La malade amaigrie et déprimée ne présente aucun symptôme fonctionnel. L'épanchement reste stationnaire.

15 mars. — Plus de deux mois après le début de la scarlatine, la malade quitte l'hôpital complètement apyrétique.

Il reste seulement à la base du poumon gauche les signes d'une symphyse qui limite dans une certaine mesure l'expansion respiratoire de cette région.

OBSERVATION XIV

(In th. de Saint-Paul.)

Scarlatine suivie de pneumonie.

D. R... âgé de vingt mois, a été contaminé salle Giraldès (où il est entré pour subir l'opération de la ténotomie).

Durée de l'incubation : neuf jours.

24 mars. — Apparition d'une éruption nette et généralisée, qui disparaît le 30.

La desquamation est nette dès le 27 ; elle a commencé le 25 au cours de l'éruption.

25 mars. — A l'auscultation du poumon on trouve à la base un souffle tubaire. Température 39°6-40°6. Pouls 160. Respiration 68. On fait le diagnostic de broncho-pneumonie.

28 mars. — Matité dans la zone droite dans toute son étendue ; pas de murmure vésiculaire ; souffle tubaire dans la zone moyenne droite et en avant.

3 avril. — L'enfant est agité. L'auscultation est difficile. Subitement, dans la matinée, survient une crise de dyspnée.

L'enfant étouffe et se cyanose.

Mort à 11 h. 1/2 du matin.

Autopsie : Dans la cavité pleurale droite, 150 grammes de liquide séro-purulent ; la partie supérieure du poumon adhérait légèrement à la paroi par l'intermédiaire d'un exsudat fibrineux très épais. La plèvre est très épaissie. A la coupe le poumon a l'aspect de la chair musculaire (poumon carnifié) ; le tissu pulmonaire ne crépite en aucun point et plonge dans l'eau. Aucune lésion de broncho-pneumonie aiguë.

CONCLUSIONS

I. — Il est classique de dire que la scarlatine n'aime pas le poumon et de considérer les complications pulmonaires comme exceptionnelles dans cette affection. La pneumonie qui, de l'avis de la majorité des auteurs, est la plus rare d'entre elles, s'observe cependant chez les scarlatineux.

Sa fréquence, diversement appréciée, est difficile à évaluer ; elle n'atteint pas 10/0 des cas de scarlatine.

Elle s'observe également chez l'enfant et chez l'adulte, mais surtout chez celui-là. Elle est plus fréquente au cours de certaines épidémies et aussi lorsque la scarlatine succède à une affection à déterminations thoraciques fréquentes : rougeole, coqueluche, diphtérie.

II. — La pneumonie, survenant chez un scarlatineux, réalise une de ces associations morbides si fréquentes en particulier en pathologie infantile. Il y a substitution microbienne, le plus souvent du pneumocoque, germe spécifique, facteur habituel d'infection primitive, au germe scarlatineux encore inconnu. Mais celui-ci n'est pas pour cela chassé de

l'organisme; il y subsiste et donne assez souvent lieu à une rechute de la scarlatine, infection primitive, après que la pneumonie a évolué.

III. — Au point de vue anatomo-pathologique, la pneumonie de la scarlatine est remarquable par trois points : sa localisation fréquente au sommet, en particulier chez l'enfant ; sa forme congestive plutôt qu'hépatissante ; son association fréquente avec la pleurésie dont elle constitue, pour Teissier, un stade initial obligatoire.

IV. — Cliniquement la pneumonie peut s'observer au cours de la scarlatine à trois stades de son évolution :

1° A la période d'invasion, elle évolue assez franchement, masquant le début de l'infection scarlatineuse qu'elle ne devient manifeste que par son éruption, alors que la pneumonie a déjà en partie évolué ; cette forme est analogue au pneumotyphus.

2° A la période d'invasion, elle est souvent très fruste et veut être cherchée ; ici, c'est la scarlatine qui prend le pas sur la pneumonie ; celle-ci est une pneumonie à forme congestive.

3° A la période de convalescence, elle évolue comme une pneumonie anormale, parce que survenant sur un terrain débilité et siège souvent au sommet, en particulier chez l'enfant.

V. — Le pronostic de la pneumonie scarlatineuse est grave, plus grave que celui de la pneumonie infantile, habituellement bénigne. Sa mortalité est de 60 o/o.

La pneumonie ne semble guère influencer l'évolution ultérieure de la scarlatine ; mais celle-ci récidive souvent, comme si l'infection pneumococcique intercurrente avait détruit l'immunité scarlatineuse.

Vu : le Président de la thèse,
HÜTINEL

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALBAREL. — Annales de médecine et de chirurgie infantiles, 1903.

BAGINSKY. — Traité des Maladies des enfants, traduit par Guinon et Romme.

BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la deuxième enfance. Baillière. Paris, 1885.

BRISOT. — Relation d'une épidémie de scarlatine, janvier-juillet 1878. Thèse de Paris, 1878.

BROUARDEL et GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

CADET DE GASSICOURT. — Traité classique des maladies de l'enfance.

CHARCOT et BOUCHARD. — Traité de médecine.

CHARPENTIER. — La Scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. Thèse de Paris, 1896-1897.

COMBY. — La Scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896 (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 19 février 1897).

DAMAIN. — Étude sur la malignité des infections secondaires dans la scarlatine. Thèse de Paris, 1890-1891.

DEBOVE et ACHARD. — Traité des maladies de l'enfance.

Dictionnaire Dechambre. Art. Scarlatine.

DUMAS. — Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1908. Thèse de Paris, 1908-1909.

D'ESPINE et PICOT. — Traité pratique des maladies de l'enfance.

- GIRARD. — Syndrome infectieux tardif au cours de la scarlatine, Thèse de Paris, 1899-1900.
- GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Gazette des Hôpitaux, 1871.
- GUILLEMAUT. — Épidémie de la scarlatine à Bresse. Thèse de Paris, 1833.
- HAMILTON. — Gazette Médicale, 1833.
- HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, traduction du D^r Hendrix.
- HÉRICOURT. — Les Associations microbiennes (Revue de Médecine, 1887).
- HILLER (Thomas). — Journal für Kinderkrankheiten, 1862. Band. 39.
- HUTINEL. — Maladies des enfants.
— Leçon clinique du 16 mars 1898.
— La Pédiatrie pratique, 23 avril 1910.
— La Pédiatrie pratique, 12 novembre 1910.
- JACCOUD. — In th. Pomier.
- JOSIAS (Albert). — De la scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1895. Société de thérapeutique, 13^e mai 1896.
- KÖRNER. — Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1876, t. X.
- LETTRY. — Les Rechutes de la scarlatine. Th. de Paris, 1907-1908.
- LÆWIN. — Journal für Kinderkrankheiten, 1864. Band. 42.
- MALTRAIT. — De la scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1900. Th. de Paris, 1900-1901.
- MAZEROUX. — Étude clinique d'une épidémie de scarlatine observée à l'hôpital Necker pendant l'année 1894. Th. de Paris, 1894-1895.
- NAVARRÉ. — La Scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1899. Th. de Paris, 1899-1900.
- NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile.
- PAILLOZ. — Une épidémie de scarlatine à Saint-Mihel (Arch. de Méd. et Pharm. mil., 1908).
- POMMIER. — Toux dans la scarlatine. Th. de Montpellier, 1902.

- PRADELLE. — La Broncho-Pneumonie scarlatineuse. Th. de Lyon, 1905-1906.
- RILLIET et BARTHEZ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.
- ROCHELY. — Neuf ans de scarlatine à l'hôpital de la Charité. Th. de Lyon, 1900.
- ROGER. — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance. 1872.
- Maladies infectieuses.
- Sur quelques maladies infectieuses (Revue de médecine, 10 avril et 10 mai 1909).
- ROGERY. — Pleurésies dans la scarlatine. Thèse de Paris 1907-1908.
- SANNÉ. — In Dictionnaire Dechambre. Article Scarlatine.
- In Rilliet et Barthez.
- SAINT-PAUL. — Études sur 300 cas de scarlatine à l'hôpital des Enfants-Malades de Paris, 1904-1905.
- SEVESTRE. — Statistique de la scarlatine à l'hôpital Bretonneau (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, séance du 23 février 1906).
- SIMONIN. — Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine. (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909).
- TEISSIER et DUVOIR. — Pleurésies suppurées au cours de la scarlatine (Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, 1909).
- TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.
- UNGER. — Lehrbuch für Kinderkrankheiten.
- WEST. — Jahrbuch für Kinderkrankheiten t. X. Leipzig, 1876.
- WEIL (Ed.). — Précis de médecine infantile.

